

## گزارش یک مورد همانژیوم کبدی بسیار بزرگ منجر به جراحی

دکتر محمدرضا قدیر\*، دکتر امیرحسین قانونی\*\*

\*استادیار گوارش و کبد، دانشگاه علوم پزشکی قم، قم، ایران.

\*\*پزشک عمومی، دانشگاه علوم پزشکی قم، قم، ایران.

### چکیده

#### زمینه و هدف

همانژیوم کبد شایع‌ترین تومور خوش‌خیم کبد است که معمولاً بدون علامت و به صورت تصادفی کشف می‌شود. اما در انواع بزرگ‌تر از ۴ سانتی‌متر که به همانژیوم غول‌آسا معروفند، ممکن است به علت فشار روی احشای مجاور علامت‌دار شوند. در کل موارد ذکر شده در مقالات و گزارش‌های موردی، توده‌ای به بزرگی همانژیوم بیمار مورد بحث ما گزارش نشده است و علی‌رغم بزرگی بسیار زیاد آن نسبت به گزارش‌های دیگر، کشف توده توسط خود بیمار و نیز منتهی شدن به عمل جراحی و خارج کردن همانژیوم قابل توجه و جالب است.

#### معرفی مورد

بیمار خانم ۴۹ ساله‌ای است که به دنبال درد شکم و احساس توده در قسمت فوقانی و راست شکم به پزشک مراجعه کرد. درد بیمار مداوم، مبهم، بدون انتشار و به صورت احساس سنگینی بیان می‌شد. در معاینه تنها یافته بالینی هیپاتومگالی در قسمت فوقانی و راست شکم با شیف‌ت به سمت مرکز و پایین ناف قابل رویت و لمس بود. سونوگرافی توده کبدی بزرگ را در قسمت خلفی لوب راست کبد با خصوصیات هاپیراکو، حدود کاملاً نامنظم و لوبوله گزارش کرد. در سی‌تی‌اسکن و MRI تری‌فازیک توده‌ای به ابعاد ۹۴\*۱۰۹\*۲۳۰ میلی‌متر با خصوصیتی به صورت Peripheral Nodular Enhancement در فاز شریانی و Centripetal Enhancement در فاز تأخیری یعنی در فاز پورتال گزارش شد، که مؤید یک همانژیوم کبدی بسیار بزرگ بود. سرانجام بیمار تحت عمل جراحی Right Hepatic Lobectomy قرار گرفت و بهبودی کامل یافت.

**کلید واژه‌ها:** همانژیوم؛ کبد، عمل جراحی؛ سرطان‌های کبد.

نویسنده مسئول مکاتبات: دانشگاه علوم پزشکی قم، قم، ایران؛

آدرس پست الکترونیکی: ghadir@ddrc.ac.ir

تاریخ پذیرش: ۸۷/۹/۲۳

تلفن: ۰۹۱۲۱۵۱۰۳۸۲

تاریخ دریافت: ۸۷/۹/۲

## مقدمه

همانژیوم شایع‌ترین تومور خوش‌خیم کبد است که معمولاً بدون علامت و به صورت تصادفی کشف می‌شود (۱-۲). بیش از ۹۰٪ این تومورها کمتر از ۴ سانتی‌متر می‌باشند و معمولاً فقط در صورت خونریزی، ترومبوز یا نکروز علامت‌دار می‌شوند. اما در انواع بزرگ‌تر از ۴ سانتی‌متر که به همانژیوم غول‌آسا معروفند، ممکن است به علت فشار روی احشای مجاور، علامت‌دار شوند. در گزارش‌های موردی بسیاری همانژیوم‌های کبدی غول‌آسا گزارش شده‌اند، اما هیچ‌یک به بزرگی همانژیوم بیمار ما نبوده است و علاوه بر آن، کشف توده توسط خود بیمار صورت گرفته و در نهایت منجر به جراحی و خروج تومور گردیده است.

## شرح مورد

خانم ۴۹ ساله‌ای، به دنبال درد شکم و احساس توده در قسمت فوقانی و راست شکم به پزشک مراجعه می‌کند. درد بیمار مداوم، بدون انتشار، مبهم و به صورت احساس سنگینی بیان می‌شود. در مراجعه اولیه بیمار به پزشک، علایم حیاتی طبیعی و حال عمومی بیمار مساعد بود. در معاینه تنها یافته بالینی هیپاتومگالی قابل مشاهده و لمس در قسمت فوقانی و راست شکم با شیف به سمت مرکز و پایین ناف بود. تندرست واضحی نداشت. سابقه‌ای از مصرف داروی خاصی نمی‌داد. در بررسی‌های اولیه تنها آنمی نرموکروم-نرموسیتیک مشاهده شد. آزمایش‌های دیگر اعم از آنزیم‌های کبدی، آلکالن فسفاتاز، آل‌بومین و پروتیین سرم، PT، PTT، هیپاتیت‌های B و C، U/A، S/E طبیعی گزارش شدند. (جدول).

جدول: آزمایش‌های به عمل آمده از بیمار

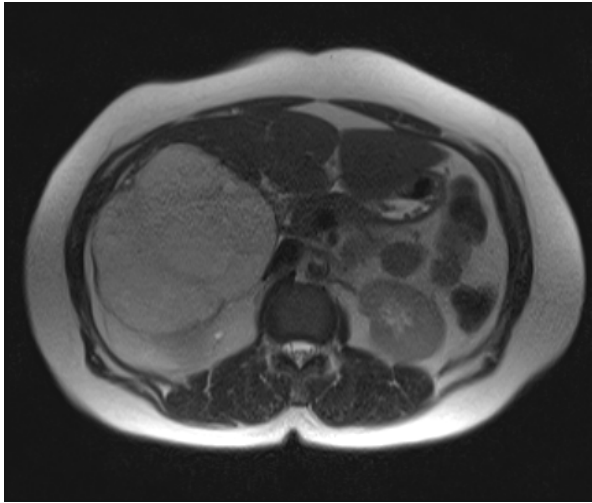
|                      |                        |
|----------------------|------------------------|
| WBC                  | mm <sup>3</sup> / ۵۶۰۰ |
| Hb                   | 11.3 mg/dl             |
| Hct                  | 33.8 %                 |
| MCV                  | 88.5 fl                |
| MCH                  | 29.6 pgm               |
| MCHC                 | 33.4 %                 |
| Platelet             | 284000 mm <sup>3</sup> |
| Albumin serum        | 4.8 g/dl               |
| Total Protein        | 7.5 mg/dl              |
| PTT                  | 28 second              |
| PT                   | 13.3 second            |
| PT control           | 12.5                   |
| PT activity          | 90.3 %                 |
| INR                  | 1.1 Ratio              |
| SGOT(AST)            | 28 IU/L                |
| SGPT(ALT)            | 19 IU/L                |
| Alkaline Phosphatase | 178 IU/L               |
| Anti HCV-Ab          | Neg.                   |
| Hbs-Ag               | Neg.                   |
| U/A                  | Normal                 |
| S/E                  | Normal                 |

سونوگرافی توده کبدی با ابعاد ۱۴۴\*۱۴۵ میلی‌متر را در قسمت خلفی لوب راست کبد با خصوصیات هایپراکو، حدود کاملاً نامنظم و لوبوله گزارش کرد. بقیه موارد سونوگرافی شکم و لگن اعم از مجاری صفراوی، کیسه صفرا، پانکراس، کلیه‌ها و غدد فوق کلیوی، تخمدان‌ها، سیستم ادراری نرمال بودند. رحم به دلیل هیستریکتومی گذشته رویت نشد.

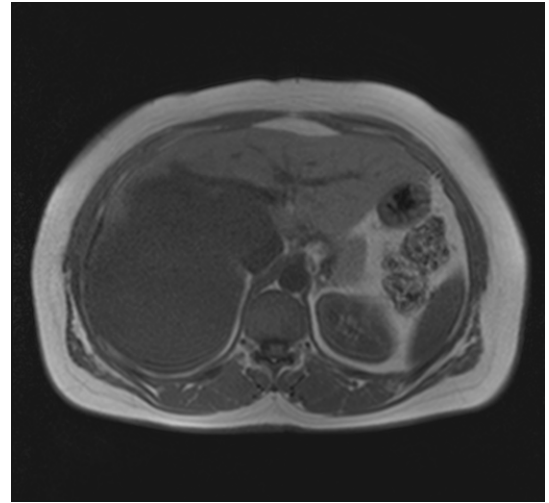
سی‌تی‌اسکن شکم با ماده حاجب خوراکی و وریدی توده بزرگی به ابعاد ۲۳۰\*۹۴\*۱۰۹ میلی‌متر را در کبد نشان داد. این توده قسمت اعظم لوب راست کبد را اشغال کرده بود. در سی‌تی‌اسکن خصوصیات توده به صورت Peripheral Nodular Enhancement در فاز شریانی و برجستگی مرکزی Centripetal Enhancement در اسکن تأخیری یعنی در فاز پورتال گزارش شد که مؤید یک همانژیوم کبدی بسیار بزرگ

بود. بعد از آن با انجام MRI تری فازیک نیز نتیجه حاصله، یک همانژیوم کبدی غول آسا با اسکار مرکزی بود (شکل

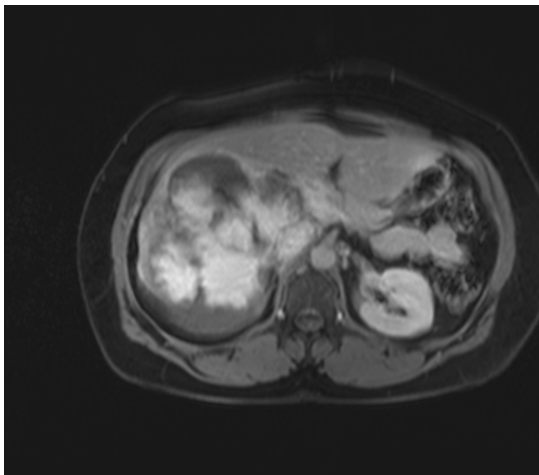
شماره ۴-۱).



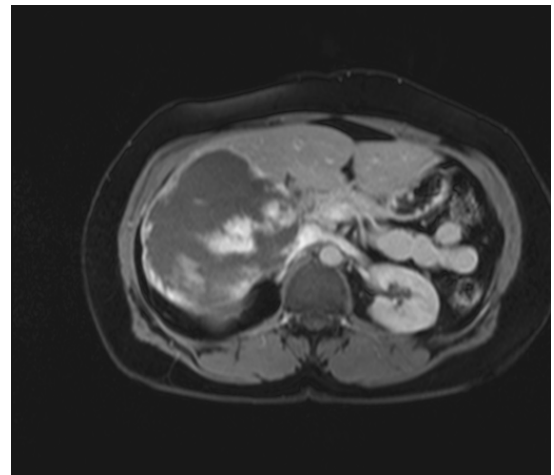
شکل شماره ۲: مشاهده لوپولیشن تومور در تصویر MRI بر پایه T2



شکل شماره ۱: MRI بر پایه T1



شکل شماره ۴: Centripetal Enhancement در تصویر MRI بر پایه T1 در فاز تأخیری



شکل شماره ۳: Peripheral Nodular Enhancement در تصویر MRI بر پایه T1 در فاز شریانی

معمولاً بدون علامت و به صورت تصادفی کشف می‌شود (۴-۱). بر اساس نتایج به دست آمده از اتوپسی شیوع معادل ۰/۵ تا ۷ درصد دارد (۶-۲). این نئوپلاسم بعد از متاستازهای کبدی دومین تومور شایع کبدی محسوب می‌شود. همانژیوم‌ها ۴ تا ۶ برابر در خانم‌ها شایع‌تر از آقایان است. شاید هورمون‌های زنانه موجب تشکیل و رشد همانژیوم‌ها شوند. این تومورها ذاتاً خوش خیم هستند و تبدیل به نوع بدخیم نخواهند شد (۴-۱). همانژیوم‌های کبدی معمولاً کوچک‌اند (۹۰٪ قطری کمتر از ۴ سانتی متر دارند) و حتی در اندازه‌های بزرگ‌تر نیز بدون علامت هستند و معمولاً به صورت تصادفی در تصویربرداری‌های شکم

در طی بررسی‌های پاراکلینیک رفته‌رفته درد شکم بیمار افزایش پیدا کرد. بیمار جهت جراحی به جراح ارجاع داده شد. سرانجام بیمار تحت عمل جراحی Right Hepatic Lobectomy قرار گرفت و در گزارش پاتولوژی توده همانژیوم از نوع کاورنوس به تأیید نهایی رسید. در حال حاضر پس از گذشت ۶ ماه از عمل جراحی بیمار، حال عمومی وی خوب و بررسی پاراکلینیک انجام شده، همگی طبیعی هستند.

## بحث

همانژیوم کاورنوس شایع‌ترین تومور خوش خیم کبد است. که

که به قصد دیگری صورت می‌گیرند مشاهده می‌شوند. اندازه‌های بزرگ‌تر از ۴ سانتی‌متر که به نوع غول‌آسا معروفند (۵)، می‌توانند علامت‌دار شوند. به خصوص اگر در کنار اعضای دیگر قرار گرفته باشند با فشار بر آن‌ها می‌توانند موجب احساس درد و تهوع، سیری زودرس و احساس پری شکم شوند و در معاینه هپاتومگالی لمس گردد (۱-۲). بیمار حاضر در مراجعه اولیه با کشف توده در قسمت فوقانی و راست شکم خود و نیز درد شکم مراجعه کرد. بعد از معاینه و کشف هپاتومگالی و توده در بررسی‌های پاراکلینیکی انجام شده ابتدا در سونوگرافی تصویر یک توده‌ی بسیار بزرگ با خصوصیت هایپراکو، لوبوله و با حاشیه‌ای نامنظم گزارش شد که شک را به سمت همانژیوم کبد سوق داد و جهت افتراق بهتر از دیگر توده‌های هایپراکوی کبد به خصوص بدخیمی‌ها، سی‌تی‌اسکن و سپس MRI تری‌فازیک صورت گرفت. تشخیص همانژیوم کبدی با توجه به فراوانی نسبی آن در جامعه و نیاز به افتراق آن از سایر توده‌های کبدی حایز اهمیت می‌باشد. روش‌های مختلفی برای بررسی همانژیوم‌های کبدی وجود دارد که در میان آن‌ها استفاده از سینتی‌گرافی گلوبول‌های قرمز نشاندار شده با تکنسیوم ۹۹ از همه اختصاصی‌تر است. اما جهت تشخیص همانژیوم‌ها

کبدی کوچک و متعدد مفیدتر واقع می‌شود. سی‌تی‌اسکن و MRI با شرایط تری‌فازیک ارزش زیادی دارد در این حالت Early Peripheral Enhancement و Centripetal Fill-in در فاز تأخیری مشخصه همانژیوم کبدی است (۹-۱۲). در بین روش‌های تشخیصی به طور معمول بیوپسی انجام نمی‌شود چون ذات تومور خوش‌خیم است و از طرفی خطر خونریزی بعد از بیوپسی وجود دارد و نیز بسیاری از همانژیوم‌های کبدی احتیاج به درمان خاصی ندارند. در مواردی که اندازه همانژیوم کوچک و بدون علامت است احتیاج به مداخله جراحی نیست. تنها پی‌گیری توسط سی‌تی‌اسکن یا سونوگرافی کفایت می‌کند. اندیکاسیون‌های جراحی همانژیوم کبدی عبارتند از: بروز علائم، پیشرفت درد به خصوص در مواقع پاره شدن توده، بزرگ شدن سریع، ترومبوسایتوپنی و تشخیص غیرقطعی نوع توده (۷). نکات قابل توجه راجع به بیمار حاضر اندازه بسیار بزرگ همانژیوم کبدی و کشف توده توسط خود بیمار بود که در نهایت به عمل جراحی و خارج کردن آن انجامید. مشابه همین مورد در مقالات و گزارش‌های موردی دیگر داخلی و خارجی بسیار نادر است.

## References :

1. Ochner JL, Halpert B. Cavernous Hemangioma of the Liver. *Surgery* 1958;43:577-82.
2. Ishak KG, Robin L. Benign Tumors of the Liver. *Med Clin North Am* 1975;59:995-1013.
3. Adam YG, Huvos AG, Fortner JG. Giant Hemangiomas of the Liver. *Ann Surg* 1970;172:239-245.
4. Trastek VF, Van Heerden JA, Sheedy PF, et al. Cavernous Hemangiomas of the Liver: Resect or Observe? *Am J Surg* 1983;145:49-53.
5. Bornman PC, Terblanche J, Blumgart RL, et al. Giant Hepatic Hemangiomas: Diagnostic and Therapeutic Dilemmas. *Surgery* 1987;101:445-449.
6. Pateron D, Babany G, Belghiti J, et al. Giant Hemangioma of the Liver with Pain, Fever and Abnormal Liver Tests. Report of Two Cases. *Dig Dis Sci* 1991;36:524-527.
7. Starzl TE. Excisional Treatment of Cavernous Hemangioma of the Liver. *Ann Surg* 1980;192:25-7.
8. Levitt LM. Multiple Large Hemangioma of the Liver. *N Engl J Med* 1955;252:854-5.
9. Harbert JC, Eckelman WC, Neumann RD. The liver. 3rd ed. *Nuclear Medicine Diagnosis and Therapy*. Thieme Medical Publishers; 1996. p. 651-685.
10. Ell PJ, Gambhir SS. Radionuclide Imaging of Hepatic Tumors, *Nuclear Medicine in Clinical Diagnosis and*

- Treatment. 3rd ed. UK: Churhill Livingstone; 2004. p. 15-23 (vol1).
11. Saadeh S, et al. Infarcted Giant Liver Hemangioma Presenting with Signs of Acute Inflammation. USA; 2003.
  12. Masui T, et al. Exophytic Giant Cavernous Hemangioma of Liver with Growing Tendency. Radiation Medicine 2005;23(2):121-124.
  13. Ganji A, Khatibian M, Malek-Hosseini A, Malekzadeh R. Cavernous Hemangioma of Liver Presenting with High Fever and Severe Abdominal Pain; A Case Report. Govareh 2005;10(3):150-152. [Full Text in Persian]
  14. Fard Esfahani A, Fallahi B, Khatami K. Evaluation of Agreement in Result of Tc-99m RBC in Diagnosis of Liver Hemangioma by Spect and Planar Ways. Iran J Nucl Med 2006;26(14):8-12. [Full Text in Persian]